Lezione di chiusura

SU

DI UN CASO DI CISTI DERMOIDE

COMPOSTA DEGLI ANNESSI UTERINI

del Prof. D' ANTONA

(*Estratto dal Giornale* La Riforma Medica)

NAPOLI
TIPOGRAFIA DELL'ACCADEMIA REALE DELLE SCIENZE
DIRETTA DA MICHELE DE RUBERTIS

1885

Lezione di chiusura

SU DI UN CASO DI CISTI DERMOIDE COMPOSTA DEGLI ANNESSI UTERINI

pel Prof. D'ANTONA

Signori,

Il nostro corso d'insegnamento oggi si chiude. Io avea una promessa per voi, datavi quando ebbi occasione di mostrarvi un bel caso tipico di cisti dermoide composta dell' ovaio, operata alla presenza di parecchi di voi altri. Vi promisi allora discorrervi del caso, e farvi seguire alcune riflessioni. Adesso che la signorina guarita è partita, e noi siamo all'ultimo giorno di lezioni, eccomi alla promessa.

In verità avrei potuto oggi chiudere il nostro corso col fare una sommaria rivista di quello, che in quest'anno abbiamo operato. Ma comprenderete bene che con un breve riassunto, non si può far nulla di realmente utile per la scienza, quando si deve render conto di classiche operazioni, come quelle che in quest'anno si sono eseguite (resezione coxo-femorali, nefrectomie, isterectomie, sarcomi ovarici, cisti ovariche, resezione intestinale)—Os-

servazioni di simil fatta non possono essere gittate così in un fascio confuso di date e cifre, se non si vuole destituirle di qualsiasi importanza e valore.

Invece sarà prossimamente pubblicato un particolareggiato resoconto di ciò che crederemo utile a sapersi, e voi avrete occasione di leggerlo e meditarlo.

Per quest' ultima nostra riunione mi è parso più utile e pratico il discorrervi di quel caso di cisti dermoide, come un' osservazione rara, che difficilmente ciascun di voi avrà altra volta occasione d'incontrare. E pria d'entrare in argomento permettetemi che vi dia una preghiera; astenetevi oggi da qualsiasi manifestazione clamorosa d'applausi o d'altro al mio indirizzo.

Quelle forme io non le intendo—non l'accettai l'anno scorso, non l'accetto e non l' ammetto adesso.

Nel Marzo ultimo (1885) dall'amico Dott. Angileri da Malarsa mi venne diretta e raccomandata la signorina Giulia Ruccione, sua concittadina, perchè affetta da tumore addominale.

La signorina è una graziosissima e vivace giovanetta, piena di vita, di perfetta costituzione organica; ha colorito bruno della pelle, e neri i capelli.

Ella, nata nel 1867 (or sono 18 anni), fu per tutta la durata della lattazione eccessivamente lamentevole; facilmente e senza cagione apprezzabile s'abbandonava al pianto. Appena pervenuta all'uso della ragione, la piccola bambina, portando spesso la sua manina sulla fossa iliaca, indicava alla madre il luogo, di dove prendevano origine le sue ricorrenti sofferenze. La bambina

di tre a quattro anni, andando a scuola, era di quando in quando colta senza ragione alcuna da violento ed improvviso attacco dolorifico alla fossa iliaca; per la qual cosa era costretta a condursi, o farsi condurre a casa, e giacere a letto per qualche giorno — Non pare che simili attacchi si fossero congiunti a fenomeni febbrili.

Gli anni appresso decorsero con minore fastidio, anzi quasi nessuno; e la bambina crebbe e si sviluppò bene. Al suo 13° anno d' età però fu colta dallo stesso fiero attacco dolorifico, che questa volta s' irradiò su tutto il basso ventre sino agli ipocondrii, e fu obbligata a letto. Dopo pochi giorni comparve la prima mestruazione e profusamente— Ma di poi le mestruazioni si fecero regolari e discrete, si mitigarono le sofferenze ed il tumore, resosi apparente ed apprezzabile all'epoca del primo sangue, finì per non esser più molesto.

Presentatasi a me nel Marzo ultimo, osserva' un tumore grosso più che la testa di un adultoi e giacente nel basso ventre, che veniva riempito fin sopra la cicatrice ombelicale—di forma regolare, conglobato, inclinava un po' più a dritta che a sinistra dell'addome—a superficie regolare, consistenza elastica tesa, profondamente fluttuante, salvo nel segmento laterale sinistro, dove, per un' aia della grandezza della vola della mano, la resistenza era forte, anzi dura, e perciò niente fluttuante.

Il tumore era mobile in tutti i sensi sulla colonna vertebrale e di sotto le pareti addominali:—spostando il tumore dal basso in alto la mano scendeva bene giù nella piccola pelvi. Non si giudicò utile, e tanto meno necessario procedere

all'esame dei genitali della signorina nubile—Gli intestini erano ricacciati perifericamente al tumore, e specialmente alla regione lombare sinistra.

Si fece diagnosi di cistoma multiloculare a contenuto denso e pareti spesse— quantunque il crescimento lento (5 ànni e più) contradicesse una mile diagnosi—Per un momento questo fatto del silento sviluppo ci fece pensare ad un mio-fibroma con degenerazione cistica—ma l'estensione della fluttuazione, e la nessuna connessione coll' utero ci fecero smettere quell'idea; e difatti, dovendo esser quello un mio-fibroma ovarico sotto peritoneale, non era legittimato l'ammettervi una degenerazione cistica, la quale è più propria in quei del parenchima dell'utero.

18 Marzo, ore 1 1[2 p. m. Assistevano parecchi di voi altri, ed i miei aiuti—Cloroformio. Incisione breve—poche aderenze epiploiche a sinistra, due ligature al catgut, ed asportazione insieme colla cisti—picciuolo di questa lungo, sottile e ritorto su di sè stesso per una rivoluzione e mezza da sinistra a destra — Unica ligatura del picciuolo colla seta — Lavaggio del moncone del picciuolo alla soluzione fenicata 10 0[0, ovaio sinistro normale, e lasciato — Cucitura. Operazione durata 25 minuti.

Singolare fu l'andamento consecutivo dell'operata—Nella sera polso frequentissimo (120 a 124) temperatura 38°,2—vomito comparso 10 ore dopo la cloroformizzazione, grande irrequietezza, e molta pena e pressione verso l' angolo inferiore della ferita sul pube: — mi decido perciò nella notte stessa a rimuovere un punto di cucitura. Nel giorno appresso le cose non s'aggravarono; ma colla temperatura di 38°.2, a 38°,5, si mantenne

sempre frequente il polso — Al 3° giorno fui costretto rimuovere alcuni punti fattisi troppo stretti, e gli altri al 5° e 7° giorno.

Dopo il quale giorno la signorina cominciò ad entrare quasi nella convalescenza, e difatti, riunita la ferita per prima intenzione, ritornò la temperatura ed il polso al normale, e la signorina cominciò a provare un senso di completo benessere — Al 12° giorno ella si levò seduta sul letto.

ESAME ANATOMICO DEL TUMORE.

La cisti ha il volume di una testa di adulto.

Sorge dal legamento largo di destra, il quale fa da picciuolo, e lascia perfettamente libera la tromba di questo lato; la quale, dopo estratto il tumore, rappresenta come un' appendice connessa alla superficie anteriore, inferiore destra della cisti stessa.

Questo legamento largo si presenta colle sue apparenze ordinarie, meno dei vasi molto sviluppati, che si possono notare a trasparenza. Il peritoneo, che forma il legamento largo in parola, è lucido, levigato e si continua senza interruzione sulla superficie anteriore e posteriore della cisti; dove per un certo tratto di parecchi centimetri conserva la sua lucentezza e levigatezza ordinaria.

Nella parte superiore e posteriore del tumore e nella spessezza della sua parete si osserva una piccola cisti della grandezza di una castagna, che, aperta ha fatto uscire un liquido colloideo.

Al lato sinistro poi del tumore vi ha una piccola bozza della grandezza di un piccolo arancio,

a pareti più sottili di quelle del tumore, col quale comunica largamente.

Alla sommità del tumore poi aderisce fortemente il grande epiploon per la estensione di cent. sei, ed un lungo tratto dello stesso si vede asportato insieme col tumore.

La superficie del tumore è generalmente levigata, e tutta la parete è piuttosto sottile, meno in basso, ove col tatto si nota un'anormale resistenza lapidea.

Aperto il tumore con un largo taglio, esce una massa considerevole di un liquido giallastro cremoso, e poi una quantità anche notevole della stessa sostanza, ma a massa assai più densa, rappresa come un purè di patate. Insieme a questa sostanza si vedono una quantità di peli castagno-oscuro, i quali dove più, dove meno, sono impiantati sopra gran parte della superficie interna della cisti. La superficie interna della cisti tiene tutte le apparenze di una superficie cutanea, provvista riccamente di peli. Questa apparenza manca soltanto verso l'alto-fondo del tumore ed in parte anche sul lato sinistro dello stesso.

Qui manca l'apparenza cutanea e l'impianto dei peli.

Nella parte più bassa del tumore ed in corrispondenza della superficie interna della parete inferiore, si vede una grossa massa, di forma irregolare, leggermente allungata; la quale è fatta in parte da piccole cisti a pareti molto sottili, lucide, levigate e con contenuto sieroso; ed in parte poi da una massa molto dura, ricoperta di cute, sulla quale si impiantano molti peli, i quali hanno preso uno sviluppo grandissimo, tanto da ras-

somigliare a due ciocche di capelli di una giovane donna, senonchè in ultimo si avviluppano in modo, da formare una massa inestricabile, massa che stava impigliata nella mole sebacea.

Studiando sempre più questa regione, si vede chiaramente, che il nucleo della massa solida suddetta è fatto da un osso irregolare, il quale ricorda la forma e tutte le apparenze di una branca orizzontale mandibolare inferiore, compresi anche i denti; i quali sono bene sviluppati, come in un adulto, in numero di tre, impiantati irregolarmente, due alla estremità destra ed uno a sinistra; se ne veggono ancora altri non bene sviluppati in altri punti dell' osso stesso.

Dei tre denti bene sviluppati, ora descritti, quello che sta all' estremità destra ha tutte le apparenze di un dente incisivo normale, mentre gli altri due sono addirittura denti molari.

La struttura di quella porzione di parete di apparenza cutanea, è per lo appunto del derma normale — e cioè, strato corneo e Malpighiano, numerosissime e perfette le glandole sebacee, alcune delle quali scendono molto giù nel connettivo sotto-dermico, ed ora sboccando liberamente sulla superficie cutanea, or nelle guaine dei peli—non ho potuto trovare glandole sudorifere. Nel corion poi un corpo papillare regolare non esiste; ma semplici ondulazioni a larghe curve nel connettivo dermico.

Da quella sezione di parete chiaramente cutanea si passa gradatamente, senza limiti precisi, all' apparenza liscia della restante, che formava i due terzi di tutta l'estensione della parete cistica.

Qui essa era costituita da uno strato sottile endoteliale. e nelle porzioni limitrofe a quella cutanea, s' osserva peli rari, fini, corti. la quale cosa indica che quella parete fu una volta addirittura cutanea.

Osservando come il ligamento largo era disteso su buona parte della cisti, e come la tromba era allungata e poggiata sul corpo del tumore, si ha l' impressione, come se il tumore non fosse dell'ovaio; ma non è possibile trovare resti di quest'organo: forse quella cisti a contenuto colloideo potrebbe essere stata l'ovaio; e difatti quella cisti corrisponde nei pressi della terminazione delle fimbrie tubariche—non poteva la cisti essere riguardata del ligamento largo — il lungo e sottile picciuolo lo fanno poco probabile, le probabilità sono adunque per un'origine paraovarica.

Con ciò non intendo significare essere proprio il paraovario l'organo glandolare, che diede origine a quel tumore cistico composto, ma solo indicare la topografia della presunta sede primitiva del tumore, e quindi nella porzione del ligamento largo, più prossima all'ovaio. Pur riconoscendo le cisti originate dal paraovario, nel caso nostro io non posso affermarlo, anzi si hanno presunzioni ad escludere quella origine, presunzioni desunte dalla storia generale di quelle cisti. Sono appunto queste quistioni intorno alla genesi delle cisti dermoidi, che adesso io con voi discuterò.

Di osservazioni somiglianti a questa nostra ne esistono molte nella scienza, anzi, se a quelle si volessero avvicinare, e comprendere insieme, i casi di cisti dermoidi semplici, si potrebbe dire addirittura essere un caso frequente l' osservare una cisti dermoide.

Fu dopo le classiche descrizioni del LEBERT, nel 1852, che l' argomento venne studiato colla dovuta diligenza; e data d'allora l'idea d'accomunare insieme nella descrizione e nel concetto patologico e patogenico le cisti dermoidi semplici, e gli altri esempii di cisti composte, come quella del caso nostro.

Nelle cisti dermoidi la costituzione del derma e suoi annessi è delle più complete e perfette; si ha perciò non pure il corpo papillare del derma coi suoi strati epidermoidali, ma bensì l'apparato glandolare ed i peli — specialmente le glandole sebacee mancano quasi mai—meno costanti sono le sudorifere. Nel cavo cistico si trovano poi tutti i prodotti della secrezione cutanea, specialmente la sebacea. Nella nostra osservazione tutta quella massa cremosa risulta di prodotti della desquamazione epidermoidale e della secrezione sebacea.

La perfetta somiglianza della cute di quelle cisti colla cute normale si è dimostrata anche dal lato patologico.

Nella cute delle cisti dermoidi si sono osservate le cisti di ritenzione delle glandole sudorifere, e specialmente sebacee, come nella cute normale; e si sono osservate perciò tutte le gradazioni di quei tumoretti cistici dal milio all' ateroma (FRIEDLAENDER).

Tutti questi casi, nei quali la costituzione del tumore cistico consiste in totalità d'una parete dermica più o meno perfetta o trasformata e d' un contenuto di produzione diretta di detto derma e glandole annesse, costituiscono un gruppo, che vorrei, contrariamente al comune modo di vedere, separare dall'altro gruppo, nel quale la costitu-

zione della parete è più complessa, in parte dermica, in parte no, ed il contenuto è tanto vario e tanto differente da quelli che devonsi considerare come prodotti cutanei esclusivamente.

Questa separazione, che viene naturale ed è conseguente alla differente struttura anatomica, è giustificata da un altro fatto, che, cioè, le cisti dermoidi semplici sono quasi speciali a certe sedi (faccia, collo); mentre le altre sono esclusivamente attorno alle glandole sessuali ed altre parti del tronco.

L'avere voluto accomunare quelle due forme nel concetto patologico e patogenico ha ingenerato grandi difficoltà nell'interpetrazione, imperocchè dove una dottrina valeva per un gruppo, s' addimostrava inconseguente o ipotetica per l'altro.

È di vero, le cisti dermoidi composte costituiscono dei veri teratomi. Esse hanno delle speciali sedi, come vedremo. Parte della parete cistica è dermica, il rimanente ha le apparenze di membrana sierosa o dei comuni cistomi: anzi l'epitelio che la covre può essere vibratile.

Siccome in parte è dermica la parete, così qui si trovano tutti gli attributi della pelle (corion. glandole, peli); anzi i peli sono addirittura come le chiome normali, ed il caso nostro ne offre un esempio. Nel parenchima della parete sono impiantati dei pezzi ossei, e questi talvolta ricordano la forma di qualche osso normale. Nel caso nostro, come in molti altri, l' osso esistente senza dubbio ricorda la forma del mascellare inferiore, e vi sono impiantati tre denti ben conformati e sviluppati, oltre molti altri follicoli appena gonfiati. I denti possono essere numero-

si, in parte fissati sulle ossa, in parte caduti liberi dentro il cavo cistico.

Schnabel descrive una cisti dermoide di una ragazza tredicenne: su tre pezzi ossei piatti erano impiantati 180 denti (*Würtemb. Corresp. Blatt.* 1844—10). Plouquet e poi Autenrieth parlano di cisti in una giovane di 22 anni, con 300 denti, e questi non rappresentavano che la metà di quelli esistenti.

Più singolare talvolta è stato il trovato di quelle cisti; si sono osservate piccole masse impiantate sulla parete, costituite da sostanza nervosa (sostanza grigia, e più raramente fibre con midolla)— Virchow osservò della sostanza nervosa, quasi fosse del cervelletto: Ley trovò una massa nervosa in una cavità ossea.

Rokitansky trovò verso la base d'un pezzo osseo una massa nervosa quasi incapsulata. Un tronco nervoso partito dalla massa, come da un ganglio, andava sino all' estremo dell'osso, e da qui alcune altre piccole divisioni sino nella cute. Anche tessuto muscolare liscio è stato trovato: non pare che si sia osservato del muscolare striato, e si sono osservati sinanco pezzi d'intestino tenue attaccati alla parete cistica.

Queste cisti dermoidi composte, con così complessa costituzione della parete e del contenuto, a differenza di quelle semplici, che sono quasi sempre sottocutanee, hanno loro sede nelle ovaia, o nei dintorni delle glandole sessuali, e nelle regioni mediane del tronco.

Per le cisti dermoidi semplici noi oggi s'accetta un modo d'intendere assai positivo e scientifico, indicato dapprima da Remak e poi confermato in tante differenti guise d'altri.

L'ectoderma col suo rapido processo di crescimento ed avvolgimento del mesoderma ed endoderma, per la chiusura del tubo intestinale prima, e delle pareti anteriori del corpo poi, patisce talvolta delle aberrazioni nella sua regolare progressione e saldamento in avanti.

Dove cioè le due margini ectodermiche, venute dai due lati del corpo in avanti, devono saldarsi. quasi fondersi insieme per stabilire una perfetta continuità della cute, là talvolta accade che da qualche punto di dette margini, l'ectoderma per un semplice processo d'invaginamento embrionale si infossa a dito di guanto, giù nel parenchima del mesoderma.

La quale invaginazione ectodermica strozzandosi riesce a scindersi e scontinuarsi dalla cute, costituendosi così un piccolo sacco ectodermico giacente nel sottoderma, e dal derma del tutto separato ed indipendente. È quel piccolo otricolo. che si converte poi in un sacco cistico contenente i prodotti della funzione delle sue pareti cutanee.

E questo processo aberrante dell' ectoderma accade non pure lungo la linea mediana anteriore, dove si compie la fusione dell'ectoderma. ma a preferenza in quei siti, dove l' ectoderma pei bisogni di speciali formazioni (orecchio, rima palpebrale, cavità nasale, bocca) resta fesso nel senso trasversale al corpo dell'embrione (fessure branchiali), e la progressione organizzante e fusione delle due sezioni laterali dell' ectoderma procede non per tutta l'estensione della linea di fronte delle parti laterali del derma, come sul torace, ma viene solo dalle commessure. od angoli, che sono in fondo a ciascuna fessura bran-

chiale, e che risultano dall' unione dei rispettivi archi branchiali.

Ora dall'angolo della commessura, nella quale l'ectoderma s'introflette a guisa di labbro per raggiungere e congiungersi coll'entoderma, e dalla quale dee procedere il progressivo raccorciamento e chiusura della rima o fessura, s'opera un abnorme infossamento, invaginamento di sezione dermica giù nel mesoderma sottostante; e mentre la chiusura della commessura continua in avanti, resta addietro profondamente ed indipendente quell'otricolo cutaneo.

Niente è più generale e più facile ad osservare quanto il processo d' invaginamento nell' embrione; quindi da questo punto di vista nulla è più agevole che d'intendere ad ammettere un'aberrazione di questo processo.

Un riscontro bellissimo di questo anormale processo d'invaginamento si ha nello sviluppo normale del dente, della lente cristallina, ed anche nella formazione del labirinto.

Quel modo d'intendere della genesi delle cisti dermoidi non è fondato sulla considerazione solamente che esso trova la più splendida spiegazione nella storia dell'embriogenesi: esso ha ben altre ragioni dirette e fatti positivi di dimostrazione.

E di vero, all'infuori di quelle aventi sede nelle glandole sessuali, tutte le cisti dermoidi hanno sede nelle regioni, dove, per le ragioni su espresse, sono possibili quelle aberrazioni embrionali, e cioè lungo la linea mediana del tronco in avanti, ai lati dell' occhio, della bocca, collo, ecc.

In secondo luogo si può affermare che in ogni

caso ben osservato di cisti dermoide, la sua primitiva origine si può fare rimontare sempre ai primi anni della vita estrauterina. Io ho osservato molti casi di simili cisti, e costantemente ho trovata confermata quella osservazione.

Alcuni ricercatori poi, come l'HESCHL riferisce, (*Prager Vierteljahresbericht* 1860) hanno potuto in certi casi dimostrare la perfetta continuità della parete cistica dermica colla soprastante cute normale. Altro credo che debba essere il modo d'intendere la genesi delle cisti composte.

Quando della natura intima di un'individualità morbosa non si possono conoscere tutti i particolari di fatto, bisogna dare un' importanza ed un valore a certe verità risultanti da una contemplazione generale dell'oggetto nel suo assieme, condotta coi lumi della scienza generale.

Ebbene, le cisti composte, considerate sotto un punto di vista generale, debbonsi considerare, come i più tipici teratomi—ma non teratomi neoplastici. Difficilmente noi possiamo concepire una neoplasia cotanto complessa. Sarebbe mai possibile che con un processo semplice di neoplasie, si formassero nel corpo d'un piccolo tumore tanti differenti tessuti, quanti se ne trovano in quelle cisti, e che su per giù ripetono quasi tutti i tessuti dell'organismo animale? Non dico già che a questa concezione s' opponga alcun principio generale della scienza; ma le nostre leggi di biologia, le nostre conoscenze sulle neoplasie non ci confortano in alcuna guisa ad ammetterla.—Anzi il fatto solo di trovare commisti insieme in una neoplasia tanti differenti tessuti, quante sono varie le derivazioni embriologiche (derivati dall'ectoderma, endoderma, mesoderma), rende difficile

quel concepimento genetico. Solamente alla cellula ovarica possiamo riferire un tanto potere, di produrre cioè tanti differenti tessuti, e di tanta differenza di derivazione.

Invece, il riscontrare in quelle cisti tutto ciò che può formare i resti d' un feto, conduce più all'idea di una mostruosità, anzichè d' una neoplasia. Per lo meno dallo stato attuale della nostra scienza e dalle conoscenze acquistate sulle mostruosità e le neoplasie, noi dobbiamo convenire che quei teratomi cistici s'avvicinano più a quelle che a queste.

Che questo concetto, derivato da una generale considerazione dell'obietto, sia il più legittimo e primo a venire, lo dimostra il fatto, che i primi osservatori pensarono ad un concepimento ovarico, abortito od arrestato ad un differente periodo di sviluppo. Ma le osservazioni di cisti dermoidi composte, sorte in bambine, come nel caso nostro, o aventi sede nel testicolo, e le più precise conoscenze delle vicende speciali della gravidanza estra-uterina ed ovarica, hanno del tutto fatto abbandonare quel modo di vedere.

A quella è seguita un'altra teoria, caldeggiata da Waldeyer — Sempre per armonizzare il concetto della neoplasia col fatto della sua singolare complessità, egli, partendo dal fatto che le cellule epiteliali ovariche sono in sostanza delle uova, e come in queste nello sviluppo normale così in quelle per un'aberrazione di formazione, si può ammettere il potere di dar luogo a formazioni anomali per disposizione, perfezione, luogo e tempo, ma naturali e conformi ai poteri intrinseci delle cellule ovariche. Questa ipotesi ha più del filosofico che del naturalistico.

Nelle scienze nostre, il dimostrare che quella tale ipotesi non contradice ai nostri principii generali, che anzi vi consuona perfettamente, non implica che la cosa abbia luogo realmente così; non tutto ciò che è razionalmente possibile e fattibile è in realtà un fatto.

Mentre quella ipotesi manca d'ogni dimostrazione di fatto, ha invece contro di sè le osservazioni più positive. Abbiamo difatti detto che simili cisti si sono osservate anche nel testicolo. Forse le cellule epiteliali seminifere avrebbero un potere formativo pari alle ovariche? Anche in altre sedi (dietro lo sterno, addome) si sono osservate di simili cisti. Eppoi è dimostrato in moltissimi casi che l'origine prima di quelle cisti risale ai primi anni della vita estrauterina — la mia osservazione è una delle tante. Anzi mi permetto rilevare che in moltissime osservazioni fatte in giovani di sopra i quindici anni, certamente la data del primo insorgere del tumore deve essere stata antecedente assai a quella della prima osservazione del tumore. Pria che questo cresca, per mostrarsi alla inferma od al chirurgo, deve aver vissuto da molto.

Nella mia osservazione quantunque il tumore fosse scoverto al 13 anno d'età, pure la storia indica ch'esso ci mostrava ai primi anni della vita estra-uterina.

Ora è mai ammissibile che l'ovaio ed il testicolo, quando ancora non esistono come organi nel loro pieno sviluppo, debbano proprio in quello stato mostrare tanta attività nelle loro cellule epiteliali? non sarebbe più naturale che ciò avvenisse nel periodo di loro maggiore attività?

Ora, l'origine fin dai primi anni di vita, anzi

può dirsi congenita di quelle cisti, contradice quel modo d'intendere di WALDEYER—Ho detto congenita, perchè sono convinto che tutte le osservazioni, e sono il maggior numero, avvenute in giovani di sotto i quindici anni, sono congenite. Anche le osservazioni rare di donne adulte o vecchie, se studiate bene, possonsi far rimontare ai primi anni di vita estrauterina. Questo fatto, dell' esser congenito di quei tumori, fatto dimostrato nel più dei casi, e negli altri non potuto dimostrare, ma neppure potuto negare, deve significare qualche cosa, ed indicare qualche cosa, che si riferisce alla vita fetale, e non ad una qualsiasi morbosa manifestazione neoplastica di qualsiasi cellula o tessuto.

Infine è stato discusso il fatto della inclusione fetale. per poterlo far valere allo intendimento delle cisti dermoidi complesse.

Dallo studio dei mostri doppi si sa che la fusione dei due individui, sia essa più o meno completa ed estesa, avviene in determinate regioni ed in determinati sensi; e dove appunto sogliono avvenire tali fusioni, là s'osservano tutte le gradazioni mostruose, dalla semplice fusione di parti superficiali e poco interessanti, sino a quelle più profonde e complete. E siccome in queste ultime la vita dei due individui si fa meno indipendente tra loro, avviene bene spesso che uno degl'individui. per ragioni accidentali di posizione o di aderenze amniotiche, o malattie, o altro, prende un più rigoroso sviluppo dell'altro, monopolizzando per sè solo tutte le risorse nutritive di quel campo, nel quale avrebbero dovuto vivere parallelamente due individui.

Questo sviluppo disuguale finisce per dare un

individuo bene sviluppato, e l'altro, rimasto molto addietro con organi rudimentarii o del tutto mancanti, e con parti più o meno informi, non avendo potuto acquistare vita a sè ed indipendente, finisce per vivere per mezzo ed a spese delle risorse nutritive sviluppatesi e perfezionatesi nell' altro. Si costituisce così un vero *parassita* vivente a spese dell' altro, che è perciò un *Autosita.*

Come s'intende da sè, lo stato di sviluppo, che può raggiungere, e nel quale può trovarsi un parassita. è assai vario. Si possono trovare molte parti ed organi più o meno perfetti dell' individuo, oppure 'pochi resti ed informi ricordi di quell'essere. Nel quale ultimo caso, invece d'avere un *foetus in foetu*, si ha un tumore complesso, un vero teratoma, informe residuo di parti ed organi di un individuo incompletamente e difformemente sviluppato. Ora questi parassiti, che si presentano ed arrivano appena al punto da costituire un teratoma, differiscono dai complessi tumori cistici dermoidali assai meno di quello che questi non siano dalle neoplasie. Ecco perchè nell'intendimento di quelli si è voluto fare valere appunto la teoria dell'inclusione fetale, cioè inclusione di un feto che s'arresta in un altro, che si sviluppa.

Vediamo ora, o signori, nel fatto in ispecie e successivamente, alcuni esempii di quelle gradazioni di mostruosità.

1.° Una volta due individui, ordinariamente due femine, sono tutti e due sviluppati e vivono benissimo, eppure sono fusi insieme nella regione sacrale:—un solo osso sacro è pei due individui (Pigopago dei Teratologi). Le due sorelle

ungheresi Cristina ed Emilia, le due Boème Rosalia e Giuseppina furono belli esempii del genere.

Talvolta però alla stessa regione sacrale di un individuo bene sviluppato stanno attaccate parti di un parassita, per es., informi arti, e giù profondamente altri tessuti ed organi (Pigopago parassitico). In altri esempii più avanzati nelle difformazioni esiste un tumore congenito coverto di cute normale dell'Autossita, tumore costituito da varii tessuti informi — (Teratoma sacrale parassitico, o congenito).

2.° La fusione può riguardare solo le parti laterali dei due bacini, ed anche qui s'hanno le stesse gradazioni, quindi ischiopaghi semplici, ed ischiopago parassitico. Qui il teratoma parassitico può giacere profondamente nella metà corrispondente del bacino dell'Autossita.

3.° La fusione può comprendere il torace, o la colonna vertebrale (*Toracopago*, *sternopago*, *rachipago*).

Le due sorelle Siamesi sono degli esempii.

Nella forma parassitica si può avere anche la testa rudimentaria, ed il cuore del parassita appeso alla regione sterno-xifoidea dell'Autosita. Nella forma più avanzata il parassita è più rudimentario e più informe, e può formare un teratoma sotto-cutaneo all'epigastrio, o addirittura trovarsi dentro la cavità addominale tra i foglietti del mesentere; Engastrio dei Ter:) o nella colonna vertebrale.

4.° La fusione può essere limitata al cranio (*Craniopago*). Nella forma parassitica diverse appendici del parassita stanno attaccate alla base del cranio dell'Autossita. (*Epignato* dei Ter:) —

Nel Museo di Breslavia si conserva un mostro: dalla base del suo cranio pende un colossale tumore, che, impiantato a forma di polipo, riempie la bocca, ed abbassando straordinariamente la mascella inf: in basso, esce dalla bocca. Il tumore è costituito da molte cisti di varia natura, di ossa, mascellari, pezzi d'intestino.

Dopo ciò, Signori, io non voglio conchiudere che le cisti dermoidi complesse siano tutte da comprendere nel processo d'inclusione, ma senza dubbio molte forme non possonsi intendere altrimenti. E del resto, in mancanza di sufficienti spiegazioni, mi piace conchiudere con una proposizione poco fa annunziatavi, che, cioè, dallo studio e dalle conoscenze sommarie sull'argomento possiamo desumere: le cisti dermoidi complesse essere delle lesioni più prossime alle mostruosità anzichè alle vere neoplasie.